



## CPD Provider Application Form

## CPD Provider Applicant Information

Full Name (Arabic):

Full Name (English):

Provider country \*:

Web site:

Phone:

Email

Provider Address: Street Address

City

PO Box

Post Code

Short description about the provider organization \*

## Provider type \*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Higher education institution                           | <input type="checkbox"/> Health care facility:                          |
| <input type="checkbox"/> Medical societies/associations                         | (Hospital/ Clinic/ Health center/ Other: -----)                         |
| <input type="checkbox"/> Health professional education and publishing companies | <input type="checkbox"/> Foundations and other non-profit organizations |
| <input type="checkbox"/> Government agencies                                    | <input type="checkbox"/> Other -----                                    |

Official registration Number\*:

Year:

Place of registration:

\*attach a copy of registration document

## Contact Person

Full Name:

Position in the Organization:

Job:

Phone:

E-mail:

Address:

National ID # \*:

\*attach a copy of national ID

## تعهد من مقدم "التطوير المهني المستمر"

أقر أنا  
المسؤول المباشر عن (إسم المنشأة)  
والمقدمة للإعتماد كمقدم أنشطة "التطوير المهني المستمر" بكافة صحة البيانات المقدمة منى و بأننى قد إطلعت  
على الإصدار الأول (٢٠١٨) للوائح المنظمة للتطوير المهني المستمر الصادرة عن الهيئة المصرية للتدريب  
الإلزامى للأطباء، وأتعهد بالإلتزام بها وبأى تعديلات أوإضافات لها من قبل الهيئة.

التاريخ

ختم المنشأة

التوقيع

## For Office Use

CPD Provider Name:

تاريخ الإستلام:

المستلم:

رقم التقديم:

ختم الهيئة: